**O Recovery Kernel.**

# PROTOCOLO DE INTERRUPCIÓN: GHB / GBL / 1,4-BD

*A abstinencia máis rápida e imprevisible desta serie, e como superala de forma segura.*

---

Cada outra guía desta serie ten un punto onde di "isto é incómodo pero raramente perigoso". Esta guía non pode dicir iso. A abstinencia de GHB, en calquera persoa que tome máis de tres ou catro veces ao día, é unha emerxencia médica real con risco de convulsións, un delirio específico e grave, e morte se non se xestiona adecuadamente. Isto non está exagerado para causar impacto; é a realidade clínica documentada, e tratar isto con menos seriedade é o que fai que as persoas sufran danos. Esta guía existe para garantir que esta seriedade tradúcese nun plan, non só en medo.

## Sección 0 — Seguridade Inmediata: Léxoo isto primeiro.

**⚠ EMERGENCIA MÉDICA**

SE VOCÉ ESTÁ A ADMINISTRAR GHB, GBL OU 1,4-BD MÁIS DE TRÉS OU CATRO VEZES AO DÍA, NON DETERMINE SEN SUPERVISIÓN MÉDICA. A ABSTINENCIA PODE COMEZAR ENTRE 2 E 6 HORAS DESPRÉS DA ÚLTIMA DOSE, E AS PRIMEIRAS 12-72 HORAS SUPÓN UN RISCO REAL E IMPREDICTÍBEL DE CONVULSIÓNS E DUNHA GRAVE SÍNDROME DE DELIRIO/PSIQUOSE QUE PODE SER FATAL SEN XESTIÓN MÉDICA ADECUADA. VEDA A UN SERVICIO DE URGENCIA AGORA SE É UN USUARIO DEPENDENTE QUE PLANEA INTERROMPER O CONSUMO, OU SE A ABSTINENCIA XÁ COMEZOU.

***Sinais de que xa estás nunha situación de abstinencia perigosa: acude a un servizo de emerxencias agora mesmo:***

* ***Dificultade extrema para respirar.***
* ***Convulsións.***
* ***Alucinacións.***
* ***Pensamentos suicidas.***
* ***Dor intensa no peito.***
* ***Confusión severa.***
* ***Temperatura corporal anormalmente alta ou baixa.***
* ***Pérdida da conciencia.***

- Cualquera actividade convulsiva, por breve que sexa.
- Confusión, desorientación ou alucinacións. Isto pode desenvolverse rapidamente e non é o mesmo que a ansiedade común.
- Agitación extrema combinada con palpitacións aceleradas, presión arterial alta ou sudoración excesiva (inestabilidade autonómica).
- Tremeor que empeora en lugar de manterse estable.

**⚠ ATENCIÓN**

Non existe ningún antídoto para a sobredose de GHB e non hai ningún medicamento aprobado pola FDA para tratar a abstinencia de GHB, ao contrario dos opioides (Naloxone) ou do alcohol (as benzodiazepinas teñen un protocolo claro e estándar). Isto significa que a calidade da atención depende moito do coñecemento específico que o médico tratante teña sobre o GHB. A sección 8 desta guía está deseñada para axudarche a ti ou a alguén que che apoia a defender o tratamento adecuado se o equipo de emerxencia parece descoñecer este problema.

# Sección 1: Por que esta guía de abstinencia é diferente de todas as outras desta serie.

| Que o diferencia. | Por que é importante. |
|---|---|
| Velocidade de inicio. | A vida media do GHB no plasma é de só 30-60 minutos. A abstinencia comeza entre 2 e 6 horas da última dose en usuarios dependentes, moito máis rápido que o alcohol (6-24 horas) ou as benzodiazepinas (12-48 horas). Hai moi pouco tempo de aviso entre a "última dose" e o "perigo". |
| Imprevisibilidade. | A gravidade clínica non sempre se corresponde directamente co uso reportado; unha persoa que minimiza o seu consumo ou cuxa sustancia ten unha concentración inconsistente (algo moi común nos precursores do GHB como o GBL e o 1,4-BD) pode presentar síntomas moito máis graves dos esperados. |
| Unha síndrome distintiva de delirio e | Non se trata dunha simple escalada da ansiedade. A delixirio por abstinencia de GHB implica axitación, confusión, alucinacións |

| Que o diferencia. | Por que é importante. |
|---|---|
| psicose. | visuais e unha extrema inestabilidade autonómica: é unha emerxencia neurolóxica real, distinta en carácter do delirium tremens asociado ao alcohol. |
| Non existe un protocolo de tratamento estándar. | A abstinencia do alcohol ten un protocolo claro e amplamente coñecido con benzodiazepinas. A abstinencia de opioides ten buprenorfina e metadona. A abstinencia de GHB non ten ningún tratamento específico aprobado pola FDA; o baclofeno (un agonista GABA-B, o mesmo sistema de receptores no que actúa o GHB) é a opción con máis evidencia, pero moitos médicos de urxencias teñen pouca experiencia directa con el. |

# Sección 2: O cronograma da abstinencia.

| Cronoloxía. | Que está a pasar? | O que esperar. | Que facer. |
|---|---|---|---|
| Horas 2-6 (Inicio — a xanela de intervención médica). | O GHB está a ser eliminado rapidamente; os receptores GABA-B quedan sen o seu ligando; o glutamato está a aumentar; o eixo HPA está a activarse. | Ansiedade, tremores, sudoración, ritmo cardíaco acelerado, náuseas: o inicio é rápido e pode confundirse con ansiedade común ata que se intensifica rapidamente. | Esta é a situación na que debe comezar a intervención médica (bacofeno ou benzodiazepinas, Sección 8) se un usuario dependente está interrompendo o consumo. Se non está xa recibindo atención médica e estes síntomas están aparecendo: vaia á sala de emerxencias agora mesmo. |
| Horas 12-72 (periodo de maior risco). | Pico da recepción do receptor GABA-B; o período de maior risco para convulsións e a síndrome de delirio/psicose descrita na Sección 1. | Pode incluír axitación grave, confusión, alucinacións e tormenta autonómica (ritmo cardíaco acelerado, presión arterial alta, sudoración excesiva) ademais de todo no primeiro estadio. | Esta situación require atención médica supervisada, xa sexa ingreso hospitalario ou desintoxicación controlada, e non pode ser tratada en casa, especialmente para persoas con patróns de consumo dependentes. |

| Cronoloxía. | Que está a pasar? | O que esperar. | Que facer. |
|---|---|---|---|
| Días 3-7 | O perigo inmediato diminúe se se recibe atención médica; o sistema GABA-B aínda está moi afectado. | Ansiedade persistente, insomnio e molestias físicas cando a crise aguda remite; aínda é necesaria unha monitorización cuidadosa. | Non se debe reducir de forma abrupta ningunha medicación de transición (como o baclofeno ou as benzodiazepinas) durante este período; a diminución debe ser gradual, como se indica na Sección 8. |
| Semanas 1-4 | Aumento da expresión dos receptores GABA-B; a diminución gradual (se aínda está en curso) continúa baixo supervisión médica. | Estabilización gradual; ondas de ansiedade; o sono está a mellorar lentamente. | O conxunto completo de suplementos comeza (Sección 9). Tamén é cando os resultados dos probas xenómicas, se se realizan, poden ser utilizados (Sección 5). |
| Meses 1-3 | O receptor GABA-B está na súa fase inicial ou intermedia de recuperación; este sistema regula positivamente máis lentamente que o GABA-A. | Ondas de ansiedade (un patrón de abstinencia prolongada documentado especificamente para o GHB) que require xestión activa, non simplemente esperar a que pasen. | A respiración constante, o exercicio e o protocolo de suplementos que se describe na Sección 9 son os que determinan a intensidade destas ondas de abstinencia. |
| Meses 3-12 | A fase central de restauración do GABA — realmente de 3 a 6 meses, máis longa que a da maioría doutras substancias desta base de datos. | Meiramentos graduais e reais; as ondas de abstinencia (PAWS) diminúen en frecuencia e intensidade. | Mantén todos os protocolos. Esta non é unha fase para diminuír o apoio prematuramente. |
| Meses 12-18+. | A recuperación significativa dos receptores GABA-B está a chegar á súa conclusión. | Un punto de partida verdadeiramente diferente: non só a ausencia de síntomas, senón un sistema nervioso que funciona coa súa propia | Esta é unha transformación real, non só o paso do tempo. Require construírse gradualmente seguindo os |

| Cronoloxía. | Que está a pasar? | O que esperar. | Que facer. |
|---|---|---|---|
| | | regulación. | protocolos desta guía, e non simplemente esperar. |

**O CENTURIÓN.**

Observa como esta liña de tempo é moito máis longa que as guías do benzodiazepina ou da metanfetamina nesta serie. O propio material da guía do GHB indica isto directamente: "ao contrario da maioría das outras substancias, cuxa fase central dura entre 4 e 8 semanas, a regulación dos receptores GABA-B do GHB é máis lenta e prolongada. A fase de recuperación do GABA leva realmente de 3 a 6 meses". Esperar liñas de tempo como as das guías do benzodiazepina ou da metanfetamina aquí fará que te sintas como se a recuperación fracasase cando, na realidade, aínda está dentro do prazo previsto.

## Sección 3: Canto tempo para que o cerebro volva á normalidade?

A resposta honesta aquí é máis longa que para calquera outra sustancia nesta serie ata agora. A recuperación do receptor GABA-B, que alcanza unha finalización substancial arredor dos meses 12-18, non é simplemente a resolución de síntomas; representa o sistema nervioso reconstruíndo unha regulación endóxena xenuína despois de ter externalizado esa regulación a unha sustancia administrada cada 2-3 horas durante todo o día, durante o tempo que durou a dependencia. Iso vale a pena consideralo directamente: para alguén que toma unha dose con tanta frecuencia, o GHB non era simplemente unha sustancia que se utilizaba; estaba funcionando como o sistema operativo externo do sistema nervioso. Reconstruír o sistema interno leva tempo real.

**SER OIDO**

Se estás no quinto ou sexto mes e aínda experimentas ataques de ansiedade que aparecen do nada, iso non é evidencia de que a recuperación non estea funcionando; segundo o cronograma anterior, estás exactamente onde a bioloxía predí a que estarías. O obxectivo final aquí se mide en máis dun ano, non en semanas. Ese non é un número desalentador. É unha estimación realista, e significa que os ataques de ansiedade que aínda estás experimentando son esperables, non un signo de fracaso.

## Sección 4: O que probablemente experimentarás

* **Pérdida de memoria a curto prazo.**
* **Confusión.**
* **Dificultade para falar ou comprender.**
* **Alucinacións.**
* **Convulsións.**
* **Coma.**

## Se experimentas algún destes síntomas, busca axuda médica inmediatamente. A asistencia médica non é un fracaso.

Fóra da fase aguda de emerxencia médica descrita na Sección 2, o período de recuperación ten unha característica propia que merece ser mencionada directamente.

- A ansiedade que chega en ondas en lugar dunha sensación constante é un patrón de abstinencia prolongada (PAWS) documentado, específico da recuperación do GHB, e non sinal dun risco de recaída que se intensifica por si só.
- O sono que é realmente difícil de recuperar, especialmente para aqueles que estaban tomando medicamentos durante a noite para controlar o sono; o sistema nervioso ten que reaprender como adormecer e permanecer dormido senón un agonista do receptor GABA-B que faga ese traballo externamente.
- Un tipo específico de desorientación que non é só emocional: para usuarios crónicos e con consumo frecuente, a droga organiza a estrutura literal do día (a próxima dose nunca está máis lonxe de algunhas horas). Eliminar esa estrutura pode provocar unha desorientación temporal e de identidade, ademais da abstinencia neuroquímica: non só "como síntome", senón tamén "que fas co teu tempo agora".
- Sensibilidade autonómica que pode persistir despois da fase aguda: un corazón acelerado ou suor en resposta ao estrés común, reflectindo a tempestad autonómica do inicio da abstinencia, pero cunha intensidade moito menor.

# Sección 5 — Cruzamento xenético.

| Xene. | O que regula. | Relevancia da recuperación do GHB. |
|---|---|---|
| GABRA2 | Subunidade alfa-2 do receptor GABA-A: ton de inhibición basal. | O xene máis importante para a vulnerabilidade ao GHB. Os portadores da variante de alto risco teñen un sistema de freada básico menos potente, e o GHB activa fortemente ese sistema deficiente. Este perfil significa unha restauración máis lenta do GABA, síntomas de abstinencia prolongada (PAWS) máis graves, e unha práctica natural de aumento do GABA que é obrigatoria (non opcional), como se indica na Sección 9. |
| GABBR1 / GABBR2 | Xenes das subunidades do receptor GABA-B: o propio receptor, ao que actúa principalmente o GHB. | Os xenes máis directamente relevantes para o GHB, e distintos da relevancia de GABRA2 para os benzodiazepínicos/alcohol, son aqueles que afectan a sensibilidade individual ao GHB e á gravidade da downregulation do receptor GABA-B con uso crónico. A dispoñibilidade de probas é actualmente limitada, pero isto merece ser seguido cando o campo avance. |
| COMT (Val158Met) | Eliminación da dopamina e de produtos químicos relacionados co estrés. | Met/Met ('Sage', eliminación lenta) está sobrerepresentado no uso de GHB impulsado pola ansiedade — a acción ansiolítica GABA-B da droga alivia un sistema crónicamente sobreestimulado. Val/Val ('Warrior') aparece máis en usos relacionados co chemsex e estimulantes, sendo o GHB un contrapeso á ansiedade inducida por estimulantes. Isto determina a dirección da recuperación: 'Sage' necesita construír calma; 'Warrior' necesita xestión da estimulación. |
| MTHFR | Metilación — síntese de neurotransmisores. | Crea déficits neuroquímicos básicos que o GHB estaba a paliar parcialmente. A suplementación con 5-MTHF é fundamental e adoita producir unha mellora visible nos primeiros tempos. O GHB tamén esgota as vitaminas do grupo B a través dos seus propios procesos metabólicos, polo que o apoio á |

| Xene. | O que regula. | Relevancia da recuperación do GHB. |
|---|---|---|
| | | metilación é urxente e non opcional na fase inicial da recuperación. |
| DRD2 / ANKK1 (Taq1A) | Densidade dos receptores de dopamina D2 — Síndrome de Deficiencia de Recompensa. | Relevante especialmente en contextos de chemsex e vida nocturna, onde a recompensa dopaminérxica do GHB compensa parcialmente o déficit do sistema de recompensa. A recuperación debe reconstruír directamente a arquitectura da recompensa dopaminérxica, ou a atracción biolóxica para retomar o uso de GHB (ou calquera sustancia dopaminérxica) persiste. |
| SLC6A4 (5-HTTLPR) | Transcripción do transportador de serotonina. | As persoas con alta sensibilidade á ansiedade e que teñen unha vida curta poden ser máis propensas a usar sustancias que afectan ao sistema GABA para controlar a ansiedade. A recuperación debe abordar o sistema de serotonina xunto co sistema GABA; o 5-HTP e o 5-MTHF poden axudar a ambos os sistemas. |
| CYP2C19 / CYP3A4 | Metabolismo do bacofeno e das benzodiazepinas utilizadas na desintoxicación do GHB. | Directamente relevante para a xestión médica da Sección 8: os individuos con metabolismo deficiente acumulan bacofeno nas doses estándar; os individuos que metabolizan moi rápido poden necesitar doses máis altas. Informe ao médico tratante sobre calquera condición coñecida. |
| ADH1B / ALDH2 | Metabolismo do alcohol e do 1,4-butanoediol (1,4-BD). | Específicamente relevante para usuarios de 1,4-BD: a vía ADH/ALDH é o que converte o 1,4-BD en GHB no fígado. Os portadores de ALDH2*2 que usan 1,4-BD xunto con alcol experimentan un conflito na conversión da vía e unha acumulación de toxicidade do acetaldehído; as probas de función hepática son unha prioridade para este subgrupo específico. |

### *Quén son realmente os máis vulnerables? Combinando os xenes.*

Dúas preguntas distintas sobre xeneética son formuladas aquí, e teñen respostas diferentes que val a pena distinguir: quen é máis propenso a desenvolver dependencia en primeiro lugar, e, por separado, de cuxa retirada e diminución da dose será máis difícil unha vez que existe a dependencia.

| Pregunta. | Os xenes que realmente responden a iso. | Por que? |
|---|---|---|
| Non se pode determinar con precisión quen é máis propenso a desenvolver dependencia de GHB. | GABRA2 de alto risco + COMT Met/Met ('Sage'). | Esta é a mesma combinación de "fracaso grave" que o compendio identifica para as substancias GABAérgicas en xeral: un sistema de freadura básico estruturalmente débil (GABRA2) combinado cun sistema nervioso cronicamente sobreestimulado e difícil de acallar (Met/Met). A ansiolise rápida e completa do GHB é desproporcionadamente convincente para exactamente este perfil; non é que esta persoa teña menos forza de vontade, senón que o GHB está respondendo a unha pregunta biolóxica máis forte e específica para ela do que para alguén que non ten esta combinación. |
| A quen xa se está a retirar e diminuír a dose experimentará máis dificultades, independentemente da razón pola que comezou. | Variantes de alto risco en GABRA2 + variantes de GABBR1/GABBR2. | Estes son os xenes a nivel de receptor, non os que afectan á motivación. GABRA2 determina a reserva inhibitoria xeral; GABBR1/GABBR2 determinan a sensibilidade e a gravidade da regulación negativa no receptor exacto onde actúa o GHB. Este perfil predice unha diminución da dose moito máis lenta e síntomas de abstinencia prolongada (PAWS) máis graves, case independentemente da relación psicolóxica que teña a persoa coa droga. |

**⚠ ATENCIÓN**

O xeno tipo COMT non parece que determine se unha diminución da dose ten éxito; iso está determinado polos xenes do receptor GABA mencionados anteriormente, e non pola velocidade de eliminación da dopamina. O que o COMT realmente determina é por que alguén utilizou a sustancia e en que dirección debe orientarse a súa recuperación posterior á diminución da dose. Un perfil Met/Met ("Sage") que reduce a dose de GHB necesita que a propia diminución da dose se xestionen do mesmo xeito

que calquera outra persoa coa súa condición GABRA2/GABBR, pero o seu traballo de recuperación a longo prazo debe centrarse en construír calma (a ansiedade estaba presente antes do uso de GHB e necesita unha solución real). Un perfil Val/Val ("Warrior"), máis común en... Uso de substancias estimulantes para contrarrestar os efectos do chemsex: é necesaria unha xestión adecuada das substancias estimulantes en lugar dunha simple mitigación dos seus efectos. É importante proporcionar alternativas intensas e estimulantes, non só actividades calmadas. Os métodos de redución da dose deben ser os mesmos, pero o obxectivo de recuperación posterior debe ser diferente.

## Sección 6 — Poboacións especiais.

| Situación. | Que o diferencia. |
|---|---|
| Oxiato de sodio prescrito para a narcolepsia con cataplexia. | O oxibato de sodio (GHB farmacéutico) é o tratamento estándar para esta condición, e a dependencia que se desenvolve é unha consecuencia necesaria dun tratamento adecuado, non un fracaso moral nin un signo de abuso. A interrupción do tratamento require a participación dun neurólogo, xa que os síntomas da narcolepsia que están sendo controlados volverán aparecer ao interromper o tratamento. Os tratamentos alternativos para a narcolepsia (modafinil, armodafinil, solriamfetol, pitolisant) deben ser optimizados antes ou xunto con calquera redución da dose. Esta é unha decisión clínica que debe tomar un especialista, nunca unha diminución da dose autoadministrada. |
| O GHB utilizado como substituto intencional do alcol. | Algunhas persoas usan o GHB explicitamente para reducir o consumo de alcol, substituíndo unha sustancia GABAérxica por outra cun perfil de risco diferente. O GHB pode ter menor toxicidade orgánica que o consumo excesivo de alcol a doses moderadas, pero a súa potencial de dependencia e o risco de sobredose son moi graves. Se esta situación describe a túa situación, ambas as dependencias poden coexistir, e unha avaliación médica da dependencia GABAérxica combinada é esencial antes de intentar reducir calquera das dúas sustancias. |
| Uso no culturismo/deporte para a estimulación da hormona do crecemento. | O GHB estimula a liberación da hormona do crecemento hipofisaria en doses baixas e non recreativas, e é usado por algúns culturistas e deportistas especificamente polo este efecto — moitas veces tomado todas as noites, presentado como un axudante para a recuperación e o aumento muscular, máis que como unha droga de festa. Este é un punto de partida común e pouco recoñecido para a dependencia do GHB precisamente porque non parece uso recreativo á persoa que o está a usar: tómao só, segundo un horario, por un obxectivo de rendemento específico, o que pode atrasar o recoñecemento do patrón como algo que induce a dependencia ata que o sono se converte en dependente da substancia. A estrutura de administración nocturna é o mesmo mecanismo. descrita na Sección 1 e na Sección 4 — unha dose habitual e programada é exactamente como se establece a tolerancia e a dependencia física, independentemente |

| Situación. | Que o diferencia. |
|---|---|
| | da razón declarada para tomala. A recuperación necesita abordar directamente o eixo da hormona do crecemento en lugar de simplemente o sistema GABA; as estratexias naturais estimulantes da GH (arquitectura do sono profundo, xaxún programado, adestramento HIIT) substitúen a aproximación farmacolóxica; os péptidos secretagogos da GH guiados por un médico (como o ipamorelin) utilizáronse como unha ponte en certos casos. Esta poboación tamén necesita frecuentemente unha perspectiva específica: un suplemento tomado para un obxectivo atlético lexítimo que se converte nunha dependencia non é diferente nin de menor categoría. de adicción que calquera outro deste manual; a bioloxía non ten en conta a intención declarada. |
| Festival de danza e cultura rave. | Historicamente, un dos puntos de entrada máis comúns ao uso de GHB é unha dose eufórica e sociable que se comparte nunha festa ou festival, a menudo xunto con MDMA, cetamina ou alcol, utilizada para potenciar a experiencia ou aliviar os efectos secundarios dos estimulantes. Este tamén é o contexto onde o perigo da "imprevisibilidade" do apartado 1 é máis evidente: o GHB en festivais e clubs normalmente se mide en cantidades vertidas dunha botella sen etiqueta, compartíndose entre persoas sen forma de coñecer a concentración real, ademais da propia incerteza da persoa sobre cantidade que xa consumiu esa noite. A inconsistencia na concentración entre unha botella... e o que segue non é un caso excepcional neste contexto; está preto da norma, e esta é unha razón importante pola que os casos de sobredose por GHB se concentran fortemente en ambientes de festivais e clubs. A transición cara á dependencia aquí adoita non ser un único momento dramático; é o uso entre eventos para buscar a mesma facilidade social ou apoio para o sono que proporcionou a dose do festival, e a frecuencia aumenta silenciosamente cando a tempada de festivais convértese nun circuíto regular. O consumo conxunto de alcol tamén é especialmente común neste contexto específico, dada a situación; véxase a nota da combinación "Hard Fail" na Sección 5. |
| Transmisión en directo e creación de contido para redes sociais. | Un contexto verdadeiramente máis novo que os outros desta táboa, que merece ser nomeado por si só en lugar de incluírse xeralmente como "vida nocturna". O uso diante dunha cámara, para un público, engade un segundo sistema de recompensa apilado directamente sobre o farmacolóxico: a atención e o compromiso dos espectadores en tempo real activan o mesmo circuíto de recompensa dopaminérxica que a propia sustancia, e os dous poden reforzarse mutuamente dunha forma que probablemente acelera a escalada en comparación co uso privado. Este contexto tamén invirte a lóxica de seguridade na que se basea esta guía: un espectador que está fisicamente presente pode recoñecer unha sobredose e actúa: pide axuda, coloca á persoa na posición de recuperación, retira outras substancias do alcance. Un público que está a ver unha transmisión en directo non pode facer ningunha desas cousas. A visibilidade non é o mesmo que a |

| Situación. | Que o diferencia. |
|---|---|
| | seguridade, e un espazo cheo de espectadores é, funcionalmente, o mesmo que estar só. O GHB ou GBL moderno tamén se entrega cada vez máis en recipientes disfrazados: botellas de bebidas energéticas, botellas de bebidas deportivas, e ás veces por unha terceira parte en lugar de ser medido pola propia persoa que o utiliza, o que agrava o perigo da imprevisibilidade da concentración do apartado 1 cunha segunda capa: non saber exactamente o que hai dentro da botella. da non coñecer a súa intensidade. |

**SER OÍDO**

Existe un patrón que merece ser nomeado e que non se encaixa facilmente na táboa anterior porque non trata realmente do porqué alguén usa GHB, senón de onde. Cando un local, unha discoteca, un grupo de amigos ou unha comunidade prohibe ou exclúe a alguén debido ao seu uso, o propio uso case nunca cesa. O que cambia é onde se produce. Unha persoa que estaba a usar preto doutras persoas —por imperfecta que fose a supervisión, por distante do ideal que fora—, adoita pasar a usar soa, en casa, específicamente porque os contextos sociais que antes absorbían ese comportamento xa non o fan. Esa transición de "alguén próximo que "Non ter haber para 'ninguén preto de absoluto' non é un detalle menor. É a variable exacta que determina se unha sobredose é testemuñada e superable ou silenciosa. A exclusión, calquera que sexa a súa razón, frecuentemente substitúe un problema visible por un invisible e máis perigoso. Se isto describe a túa propia historia—unha prohibición, unha ruptura, unha comunidade que pechou unha porta—ese illamento nunca foi un sinal de que estabas destinado a afrontar isto só. Foi unha consecuencia estrutural do lugar onde estaba o apoio, non un xuízo sobre se mereces ou non algún."

## Sección 7 — Uso da Clasificación de Patróns.

A maior parte deste guía, por necesidade, aborda o extremo máis perigoso do uso de GHB, porque ese extremo pode causar a morte, e facer as cousas ben nese aspecto é máis importante que calquera outra cousa aquí. Pero a maioría das persoas que usan GHB non están nese extremo, e alguén que usa unha vez á semana e simplemente quere deixar de usalo necesita unha resposta realmente diferente a "váxase a un servizo de emerxencias", non só unha versión diluída do mesmo aviso.

| **Nivel.** | **Padrón.** | **Risco de dependencia/abstinencia.** | **O que realmente require parar:**<br><br>*** Un compromiso firme e inquebrantable.**<br>*** A disposición para buscar axuda profesional cando sexa necesario.**<br>*** Un sistema de apoio sólido, composto por familiares, amigos ou grupos de apoio.**<br>*** Un plan claro e realista para afrontar os desafíos que poidan xurdir.**<br>*** A capacidade de identificar e evitar situacións de risco.**<br>*** Unha comprensión profunda das consecuencias da recaída.**<br>*** A disposición para aprender novas habilidades e estratexias de afrontamento.**<br>*** Un compromiso co autocuidado e o benestar emocional.**<br>*** A paciencia e a perseverancia necesarias para superar os obstáculos.**<br>*** A crenza na propia capacidade de recuperación.** |
|---|---|---|---|
| 1 — Raro / experimental. | Unha pequena cantidade de veces en total, sen un patrón regular. | Moi baixo. | A dependencia física non é esencialmente un problema neste nivel. Se queres deixar de usalo, podes simplemente deixalo. O máis importante é entender por que che resultou atractivo (a táboa de contexto da Sección 6) |

| Nivel. | Padrón. | Risco de dependencia/abstinencia. | O que realmente require parar:<br><br>* Un compromiso firme e inquebrantable.<br>* A disposición para buscar axuda profesional cando sexa necesario.<br>* Un sistema de apoio sólido, composto por familiares, amigos ou grupos de apoio.<br>* Un plan claro e realista para afrontar os desafíos que poidan xurdir.<br>* A capacidade de identificar e evitar situacións de risco.<br>* Unha comprensión profunda das consecuencias da recaída.<br>* A disposición para aprender novas habilidades e estratexias de afrontamento.<br>* Un compromiso co autocuidado e o benestar emocional.<br>* A paciencia e a perseverancia necesarias para superar os obstáculos.<br>* A crenza na propia capacidade de recuperación. |
|---|---|---|---|
| | | | para que non se desenvolva silenciosamente unha nova adicción noutro lugar. |
| 2 — Ocasional / social | Aproximadamente unha vez ao mes ou menos, relacionado con contextos específicos (festas, sexo químico, etc.), e que non | Baixo. | Para a maioría das persoas, deixar de usar só é unha opción razoable neste nivel. É importante observar: o |

| Nivel. | Padrón. | Risco de dependencia/abstinencia. | O que realmente require parar:<br><br>* Un compromiso firme e inquebrantable.<br>* A disposición para buscar axuda profesional cando sexa necesario.<br>* Un sistema de apoio sólido, composto por familiares, amigos ou grupos de apoio.<br>* Un plan claro e realista para afrontar os desafíos que poidan xurdir.<br>* A capacidade de identificar e evitar situacións de risco.<br>* Unha comprensión profunda das consecuencias da recaída.<br>* A disposición para aprender novas habilidades e estratexias de afrontamento.<br>* Un compromiso co autocuidado e o benestar emocional.<br>* A paciencia e a perseverancia necesarias para superar os obstáculos.<br>* A crenza na propia capacidade de recuperación. |
|---|---|---|---|
| | aumenta co tempo. | | intervalo entre usos diminuíu? A cantidade utilizada por sesión aumentou? Se algunha destas cousas é certa, pode que estea avanzando cara ao Nivel 3 en lugar de permanecer no Nivel 2. |
| 3 — Uso | Aproximadamente | Moderada, pero | Esta é a poboación máis |

| Nivel. | Padrón. | Risco de dependencia/abstinencia. | O que realmente require parar:<br><br>* Un compromiso firme e inquebrantable.<br>* A disposición para buscar axuda profesional cando sexa necesario.<br>* Un sistema de apoio sólido, composto por familiares, amigos ou grupos de apoio.<br>* Un plan claro e realista para afrontar os desafíos que poidan xurdir.<br>* A capacidade de identificar e evitar situacións de risco.<br>* Unha comprensión profunda das consecuencias da recaída.<br>* A disposición para aprender novas habilidades e estratexias de afrontamento.<br>* Un compromiso co autocuidado e o benestar emocional.<br>* A paciencia e a perseverancia necesarias para superar os obstáculos.<br>* A crenza na propia capacidade de recuperación. |
|---|---|---|---|
| recreativo regular, non dependente. | semanalmente, estable en vez de que aumente a frecuencia, sen administración nocturna, e non se observan síntomas de abstinencia física entre usos (sen tremores, ansiedade ou suor antes do próximo uso previsto). | xeralmente controlable sen necesidade de desintoxicación médica. | ausente da maioría dos materiais sobre GHB, incluídos os borrador anteriores deste guías. É moi probable que deixar de usar o GHB sexa seguro sen necesidade de desintoxicación hospitalaria; pero "moi probable" non significa |

| Nivel. | Padrón. | Risco de dependencia/abstinencia. | O que realmente require parar:<br><br>* Un compromiso firme e inquebrantable.<br>* A disposición para buscar axuda profesional cando sexa necesario.<br>* Un sistema de apoio sólido, composto por familiares, amigos ou grupos de apoio.<br>* Un plan claro e realista para afrontar os desafíos que poidan xurdir.<br>* A capacidade de identificar e evitar situacións de risco.<br>* Unha comprensión profunda das consecuencias da recaída.<br>* A disposición para aprender novas habilidades e estratexias de afrontamento.<br>* Un compromiso co autocuidado e o benestar emocional.<br>* A paciencia e a perseverancia necesarias para superar os obstáculos.<br>* A crenza na propia capacidade de recuperación. |
|---|---|---|---|
| | | | "certeza", polo que é responsábel ter unha conversación con un médico no mesmo día antes de deixar de usalo, especialmente para descartar a dependencia da que talvez non se teñas decatado. As seccións 9, Nivel 1 e |

| Nivel. | Padrón. | Risco de dependencia/abstinencia. | O que realmente require parar:<br><br>* Un compromiso firme e inquebrantable.<br>* A disposición para buscar axuda profesional cando sexa necesario.<br>* Un sistema de apoio sólido, composto por familiares, amigos ou grupos de apoio.<br>* Un plan claro e realista para afrontar os desafíos que poidan xurdir.<br>* A capacidade de identificar e evitar situacións de risco.<br>* Unha comprensión profunda das consecuencias da recaída.<br>* A disposición para aprender novas habilidades e estratexias de afrontamento.<br>* Un compromiso co autocuidado e o benestar emocional.<br>* A paciencia e a perseverancia necesarias para superar os obstáculos.<br>* A crenza na propia capacidade de recuperación. |
|---|---|---|---|
| | | | Nivel 3 (nutrición e apoio natural ao GABA) poden aplicarse directamente aquí, comezando inmediatamente en lugar de despois dunha fase de desintoxicación médica. |
| 4 — Aumento / potencial de | A frecuencia ou a dose aumentou; detectouse algún malestar físico entre | Alto e en aumento constante. | Este é o nivel no que a participación do médico antes de interromper |

| Nivel. | Padrón. | Risco de dependencia/abstinencia. | O que realmente require parar:<br><br>* Un compromiso firme e inquebrantable.<br>* A disposición para buscar axuda profesional cando sexa necesario.<br>* Un sistema de apoio sólido, composto por familiares, amigos ou grupos de apoio.<br>* Un plan claro e realista para afrontar os desafíos que poidan xurdir.<br>* A capacidade de identificar e evitar situacións de risco.<br>* Unha comprensión profunda das consecuencias da recaída.<br>* A disposición para aprender novas habilidades e estratexias de afrontamento.<br>* Un compromiso co autocuidado e o benestar emocional.<br>* A paciencia e a perseverancia necesarias para superar os obstáculos.<br>* A crenza na propia capacidade de recuperación. |
|---|---|---|---|
| dependencia. | as doses (ansiedade, tremores, sono interrompido), mesmo que aínda non sexa diario. | | deixa de ser unha precaución opcional e convértese nun requisito de seguridade real, mesmo sen uso diario; a propia escalada é o sinal de aviso de que o sistema GABA-B está adaptándose. Non esperen ao Nivel 5 para |

| Nivel. | Padrón. | Risco de dependencia/abstinencia. | O que realmente require parar:<br><br>* Un compromiso firme e inquebrantable.<br>* A disposición para buscar axuda profesional cando sexa necesario.<br>* Un sistema de apoio sólido, composto por familiares, amigos ou grupos de apoio.<br>* Un plan claro e realista para afrontar os desafíos que poidan xurdir.<br>* A capacidade de identificar e evitar situacións de risco.<br>* Unha comprensión profunda das consecuencias da recaída.<br>* A disposición para aprender novas habilidades e estratexias de afrontamento.<br>* Un compromiso co autocuidado e o benestar emocional.<br>* A paciencia e a perseverancia necesarias para superar os obstáculos.<br>* A crenza na propia capacidade de recuperación. |
|---|---|---|---|
| | | | buscar orientación médica. |
| 5 — Dependente (o limiar de emerxencia). | Tres ou máis veces ao día, incluída a administración nocturna para controlar o sono. | Grave — esta é a clasificación que a Sección 0 identifica como unha emerxencia médica que require un proceso de | Non se debe intentar interromper sen supervisión médica en ningunha circunstancia. Este protocolo de desintoxicación está deseñado para a poboación do programa |

| Nivel. | Padrón. | Risco de dependencia/abstinencia. | O que realmente require parar:<br><br>* Un compromiso firme e inquebrantable.<br>* A disposición para buscar axuda profesional cando sexa necesario.<br>* Un sistema de apoio sólido, composto por familiares, amigos ou grupos de apoio.<br>* Un plan claro e realista para afrontar os desafíos que poidan xurdir.<br>* A capacidade de identificar e evitar situacións de risco.<br>* Unha comprensión profunda das consecuencias da recaída.<br>* A disposición para aprender novas habilidades e estratexias de afrontamento.<br>* Un compromiso co autocuidado e o benestar emocional.<br>* A paciencia e a perseverancia necesarias para superar os obstáculos.<br>* A crenza na propia capacidade de recuperación. |
|---|---|---|---|
| | | desintoxicación supervisado. | Sección 8. |

### REFUXIO

Se estás no nivel 2 ou 3 e estás lendo toda esta guía sobre a terminoloxía de emerxencia para ver se iso se aplica a ti, vale a pena mencionalo directamente: na maior parte, non. A seriedade da Sección 0 existe para o nivel 5, e era necesario que se expresase claramente desde o principio porque é onde realmente reside o risco de mortalidade. Pero querer interromper un patrón semanal e non dependente é unha

razón completamente válida para estar aquí, e non require a maquinaria da Sección 8 para facelo con seguridade; na maior parte, só require o mesmo. A consulta co médico é imprescindible para calquera cambio significativo, ademais do traballo de reconstrución natural que se describe na Sección 9, o cal funciona igualmente ben comezando cun punto de partida máis leve como con un máis pesado.

### *Acumulación de subministros: un factor de risco independente do nivel de uso.*

Isto aplícase a todos os niveis da táboa de arriba, non só ao extremo final: manter unhas grandes cantidades almacenadas é un factor de risco propio e distinto, separado da frecuencia coa que alguén as utiliza. A simple dispoñibilidade cambia o comportamento; unha gran cantidade elimina un punto de fricción natural que unha cantidade máis pequena e difícil de substituír proporciona. Nun estado de intoxicación xa existente, co xuizo xa afectado, ter máis ao alcance fai que unha dose impulsiva extra sexa moito máis fácil do que sería se obter máis requirise saír, esperar ou contactar con alguén. Este é o mesmo mecanismo que a reestruturación ambiental aborda noutros contextos. Recovery Kernel (Protocolo Compendio 05) — o propio acceso é parte da arquitectura de risco, non só a sustancia.

**⚠ ATENCIÓN**

O perigo agrávase especificamente con o GHB debido ao que establece a Sección 1 sobre a inconsistencia da concentración. Unha gran cantidade almacenada, especialmente GBL ou 1,4-BD, ou GHB dunha fonte non etiquetada, non garante que a concentración permaneza constante desde a primeira dose ata a última. A práctica de redosificar repetidamente a partir da mesma gran reserva, xa estando intoxicado e xa sendo menos capaz de xulgar con precisión a dose acumulativa, é un patrón documentado tanto na escalada como nas sobredoses. Unha gran cantidade dispoñible non só facilita o uso, senón que tamén aumenta o risco do tipo específico de erro de dosificación ao que este manual pretende alertar. máis probable.

Se o obxectivo é reducir ou interromper o consumo en calquera nivel da táboa anterior, reducir a oferta accesible en si mesma—e non só a intención de usar menos—é un paso concreto e práctico que vale a pena dar por si só, independentemente de calquer intervención farmacolóxica.

## Sección 8: O protocolo de desintoxicación médica.

Esta sección está deseñada para axudarche a ti ou a alguén que che apoia a defender o coidado adecuado: o tratamento da abstinencia de GHB é un ámbito pouco atendido na medicina de emerxencias, e saber as opcións con antelación pode marcar a diferencia no que ofrece un equipo médico.

| Abordaxe. | Mecanismo. | Notas clínicas. |
|---|---|---|
| Redución gradual da | Agonista GABA-B: | A aproximación máis |

| Abordaxe. | Mecanismo. | Notas clínicas. |
|---|---|---|
| dose de baclofeno (preferíbel cando é posible). | substitúe directamente ao GHB a nivel de receptor; a súa vida media máis longa permite unha diminución gradual e estable. | farmacoloxicamente racional. As doses necesarias son a miúdo moi altas — ata 200-300 mg/día — e deben axustarse con coidados. Non todos os servizos de emerxencia están familiarizados con baclofeno para este uso específico; pode ser necesario que o defendades directamente, citando a literatura clínica (Addolorato et al. 2009; Bell et al. 2011) se atopades resistencia. |
| Protocol de altas doses de benzodiazepinas (o máis comúnmente utilizado na práctica). | Agonista do GABA-A: actúa sobre o sistema GABA de forma xeral, nun subtipo de receptor diferente ao principal obxectivo do GHB. | Úsase con frecuencia simplemente porque é familiar para os médicos de emerxencias. É menos específico do punto de vista farmacolóxico que o baclofeno e pode requirir doses moi altas para controlar a abstinencia grave, co risco real de desenvolver dependencia de benzodiazepinas ademais da recuperación do GHB. Requírese unha monitorización médica estreita. |
| Redución gradual da dose de oxibato sódico farmacéutico. | Substitución directa coa mesma molécula en forma controlada e medida, seguida dunha diminución gradual. | A solución máis teórica e elegante: a mesma molécula, cinética farmacolóxica coñecida, sen necesidade de adiviñar sobre a concentración do produto. Utilízase en algunhas unidades especializadas de tratamento da adicción; a súa dispoñibilidade é limitada fóra de contextos clínicos específicos e require un médico especialista en adiccións. |
| Fenobarbital. | Barbitúrico de acción prolongada con actividade agonista do receptor GABA-A; a súa vida media extrema (53-118 horas) proporciona niveis plasmáticos intrinsecamente estables e que se reducen gradualmente. | Utilízase en ambientes especializados para a abstinencia polifarmacéntica complexa relacionada co sistema GABAérgico. Requírese unha monitorización respiratoria exhaustiva. Non é de primeira liña, pero é valioso en casos refractarios. |
| Medicamentos de apoio (complementarios a calquera dos anteriores). | Clonidina para tormenta autonómica; antipsicóticos (haloperidol, quetiapina) para delirio/alucinacións; anticonvulsivos para | A abstinencia de GHB produce unha inestabilidade autonómica extrema, xunto con síntomas psiquiátricos. Estes tratamentos complementarios abordan |

| Abordaxe. | Mecanismo. | Notas clínicas. |
|---|---|---|
| | prevención de convulsións; fluidos intravenosos e xestión de electrolitos. | directamente os grupos específicos de síntomas que se describen na Sección 1 e na Sección 2. |

**⚠ ATENCIÓN**

Unha nota sobre a investigación activa: existe unha investigación toxicolóxica publicada sobre os transportadores de monocarbonato (MCT), que median na reabsorción renal do GHB, e sobre se a alcalinización urinaria (manipulación do pH, incluída mediante bicarbonato sódico) pode aumentar modestamente a eliminación renal do GHB; o mesmo principio subxacente utilizado clinicamente para a sobredose de salicilatos. Un antagonista GABA-B (SCH-50911) mostrou efectos reversos en estudos con animais, pero non foi probado en humanos. Ambos están descritos no estudo de proba de concepto en humanos citado na bibliografía como exactamente iso: unha proba de concepto, e non unha práctica clínica. Este é un fronte de investigación real e activo, que vale a pena coñecer. Non é unha intervención domiciliaria, non é un substituto dos protocolos anteriores, e esta guía non explicará a dose nin a administración de ningún medicamento — esa brecha específica entre "o mecanismo é real" e "isto é seguro de facer por si mesmo, sen supervisión" é onde as persoas se fan dano.

## *Cando o acceso ao hospital está realmente limitado.*

Non todas as persoas que leen isto poden chegar a un hospital, debido á distancia, ao custo, ao seu status de inmigrante, a un país con infraestrutura de emerxencia limitada ou por outras razóns. Esa careza merece unha resposta real, e a resposta honesta non é un protocolo para autoaplicar; é asegurarse de que os recursos existentes, específicamente deseñados para esta situación, realmente se utilicen.

| Que está realmente dispoñible sen necesidade de hospitalización. | Por que é importante. |
|---|---|
| Líneas de axuda en casos de intoxicación. | A maioría dos países teñen unha liña de axuda ou centro de control de envenenamentos accesible por teléfono, atendida por clínicos formados específicamente para avaliar situacións como esta de forma remota, incluídos casos nos que o transporte non é inmediatamente posible. Esta é unha orientación experta en tempo real, e non un documento. Chamar a esa liña é unha acción significativamente diferente e máis segura que seguir só material escrito, mesmo se está a distancia e mesmo se un hospital non pode ser contactado rapidamente. |
| Teleasistencia, cando está dispoñible. | Unha conexión de vídeo ou telefónica en tempo real cun médico, mesmo que non estea fisicamente presente, permite un xuízo clínico real: avaliar a conciencia, a respiración e a resposta aos síntomas mentres estes cambian, dun xeito que ningún protocolo estático pode |

| Que está realmente dispoñible sen necesidade de hospitalización. | Por que é importante. |
|---|---|
| | facer. |
| Nunca estea só durante a abstinencia dun patrón de consumo dependente. | Se un hospital é realmente inaccesible, o recurso máis valioso dispoñíbel é unha persoa sóbria presente fisicamente que poida supervisar a respiración e a conciencia, colocar á persoa na posición de recuperación se é necesario e pedir axuda cando algo cambie, non para administrar tratamento, senón para ser un sistema de alerta precoz como un monitor nun hospital. |
| Actuar antes do limiar de emerxencia, non durante ela. | Se o acceso limitado á atención é unha realidade coñecida, e non hipotética, o momento de maior impacto é antes de que o uso se converta nun patrón dependente, tres ou máis veces ao día, como se describe na Sección 7, cando aínda é posible unha redución supervisada a través dos recursos de atención existentes, en lugar de despois de que xa comece a abstinencia e non haxa ningún lugar onde ir. |

**SER OÍDO**

Se estás lendo isto porque un hospital realmente non é unha opción realista para ti, quero dicir directamente: iso é un fallo dos sistemas e das circunstancias que te rodean, e non algo que este guía poida solucionar simplemente entregándoche un protocolo. O que pode facer é dirixirte cara aos recursos telefónicos que existen para cubrir exactamente esta carencia, e cara a actuar máis cedo, mentres aínda hai máis opcións abertas, en lugar de máis tarde cando quedan menos. Esa é unha resposta real, mesmo que non sexa a que estabas esperando.

### *O período de 30 días: un segundo eixido de risco de recaída que a planificación de alta frecuentemente ignora.*

**⚠ ATENCIÓN**

Un patrón común de alta médica merece ser denominado directamente, porque crea unha segunda e distinta fase de risco que non é a mesma que a abstinencia aguda descrita anteriormente: xestión hospitalaria para a abstinencia do GHB (frequentemente duns 5 días), seguida da alta con un subministro de benzodiazepina —comúnmente duns 30 días—, destinada a ser unha ponte mentres o sistema GABA-B se recupera. Cando ese subministro de 30 días se esgota, existe unha incidencia documentada e elevada de recaídas exactamente nese momento. Isto non é un fallo de forza de vontade nin de que se siga o plan de alta médica. É un evento farmacolóxico previsible.

A razón encaixa directamente coa cronoloxía da Sección 3: ao día 30, a recuperación do receptor GABA-B está aínda na súa fase inicial; distan moitos meses da recuperación substancial que os propios datos deste manual sitúan entre os 12 e os 18 meses. O uso de benzodiazepinas durante ese período non se limitaba

a tratar os síntomas; proporcionaba apoio ao sistema GABA-A, compensando parcialmente un sistema GABA-B que aínda non se reconstruíu. Cando a receita finaliza nunha data fixa en lugar dun criterio clínico, e frecuentemente sen unha diminución gradual da dose e, moitas veces, sen unha cita de seguimento ambulatorio programada antes de que acabe o suministro, a persoa experimenta unha segunda abstinencia. Un evento que se sobreponse directamente sobre outro que nunca chegou a completarse. A ansiedade e o medo crónicos que isto produce son neurobiolóxicos, non principalmente psicolóxicos, e é por iso que a terapia de apoio soamente frecuentemente é insuficiente: a psicoterapia é a ferramenta adecuada para un problema diferente ao dun sistema de receptores GABA-B que non se recuperou e que xera unha ansiedade real e impulsada fisioloxicamente.

| **O que o plan de alta adoita facer mal:**<br><br>*** Non ter en conta as necesidades específicas do paciente.**<br>*** Non fornecer información suficiente sobre como coidar ao paciente na casa.**<br>*** Non coordinar os servizos necesarios para o paciente, como a atención domiciliaria ou a rehabilitación.**<br>*** Non involucrar ao paciente e á súa familia no proceso de planificación da alta.**<br>*** Non avaliar adecuadamente os recursos dispoñibles para o paciente.**<br><br>**Estes erros poden levar a complicacións como:**<br><br>*** Reingresos hospitalarios.**<br>*** Deterioro da saúde do paciente.**<br>*** Insatisfacción do paciente e da súa familia.**<br><br>**Para evitar estes problemas, é importante que o plan de alta sexa integral e personalizado. Debe ter en conta as necesidades específicas do paciente e fornecer información clara e concisa sobre como coidar ao paciente na casa. Tamén debe coordinar os servizos necesarios e involucrar ao paciente e á súa familia no proceso de planificación da alta.** | **Que realmente reduce este risco?** |
|---|---|
| Considerar que un suministro de 30 días é o final da tempada de recuperación, en | Programar unha cita de seguimento ambulatorio antes da alta, cunha data |

| **O que o plan de alta adoita facer mal:**<br><br>*** Non ter en conta as necesidades específicas do paciente.**<br>*** Non fornecer información suficiente sobre como coidar ao paciente na casa.**<br>*** Non coordinar os servizos necesarios para o paciente, como a atención domiciliaria ou a rehabilitación.**<br>*** Non involucrar ao paciente e á súa familia no proceso de planificación da alta.**<br>*** Non avaliar adecuadamente os recursos dispoñibles para o paciente.**<br><br>**Estes erros poden levar a complicacións como:**<br><br>*** Reingresos hospitalarios.**<br>*** Deterioro da saúde do paciente.**<br>*** Insatisfacción do paciente e da súa familia.**<br><br>**Para evitar estes problemas, é importante que o plan de alta sexa integral e personalizado. Debe ter en conta as necesidades específicas do paciente e fornecer información clara e concisa sobre como coidar ao paciente na casa. Tamén debe coordinar os servizos necesarios e involucrar ao paciente e á súa familia no proceso de planificación da alta.** | **Que realmente reduce este risco?** |
|---|---|
| lugar de unha pequena parte dunha tempada de 12-18 meses. | específica de cita que sexa con bastante antelación ao esgotamento do medicamento—non "consulte co seu médico", senón unha data programada. |
| Unha interrupción abrupta da benzodiazepina no día 30 en lugar dunha redución gradual. | Unha diminución gradual da medicación do opioide, coordinada con un especialista en medicina da adicción ou psiquiatría, seguindo o mesmo principio de redución porcentual utilizado ao longo desta guía, en lugar dunha receita de cantidade fixa que simplemente remata. |
| Asumindo que a terapia de apoio por si só é suficiente para a ansiedade que se segue. | Reconocendo que a ansiedade de reaparición nesta etapa ten un motor fisiolóxico real (Sección 3) e pode requirir o apoio do Nivel 1 e do Nivel 3 descritos na Sección 9, non só |

| **O que o plan de alta adoita facer mal:**<br><br>*** Non ter en conta as necesidades específicas do paciente.**<br>*** Non fornecer información suficiente sobre como coidar ao paciente na casa.**<br>*** Non coordinar os servizos necesarios para o paciente, como a atención domiciliaria ou a rehabilitación.**<br>*** Non involucrar ao paciente e á súa familia no proceso de planificación da alta.**<br>*** Non avaliar adecuadamente os recursos dispoñibles para o paciente.**<br><br>**Estes erros poden levar a complicacións como:**<br><br>*** Reingresos hospitalarios.**<br>*** Deterioro da saúde do paciente.**<br>*** Insatisfacción do paciente e da súa familia.**<br><br>**Para evitar estes problemas, é importante que o plan de alta sexa integral e personalizado. Debe ter en conta as necesidades específicas do paciente e fornecer información clara e concisa sobre como coidar ao paciente na casa. Tamén debe coordinar os servizos necesarios e involucrar ao paciente e á súa familia no proceso de planificación da alta.** | **Que realmente reduce este risco?** |
|---|---|
| | terapia conversacional, xunto con calquera medicamento psiquiátrico necesario. |
| Non se emite ningún aviso explícito ao paciente de que o día 30 é un punto de alto risco. | Identificar este risco directamente, antes de que chegue, é o propósito desta subsección. Saber que un precipicio está por vir cambia a forma na que unha persoa se prepara para el. |

### REFUXIO

Se estás preto de esgotar unha receita de alta agora mesmo, ou se tivestes unha recaída despois de que esta caducase, isto é importante: o que pasou nese momento non foi un fracaso persoal de forza de vontade, e non borra todo o traballo de recuperación realizado durante a estancia hospitalaria nin os 30 días seguintes. Foi unha falta previsible na sincronización entre o tempo da medicación e o tempo biolóxico. A resposta correcta é a mesma que en calquera outra parte desta guía ao

enfrontarse a un risco real: busca apoio médico e un plan de redución gradual adecuado, non un xuízo. se é posible que te recuperes.

### *Como isto pode converterse nunha segunda adicción separada.*

Existe un patrón específico que vale a pena mencionar claramente, porque ten moito que ver coa forma en que se explican as cousas e pouco co propio contido. Unha persoa á que lle acabaron os ansiolíticos (benzodiazepinas) pode seguir experimentando ansiedade real, causada por factores fisiolóxicos, como resultado dun sistema GABA-B que, segundo a Sección 3, está moi lonxe de recuperarse. Se ninguén lle explicou que así é como se sente o día 30 e por que, a conclusión natural non será "isto é esperable durante a recuperación do GHB". En cambio, pensará: "Teño un trastorno de ansiedade", unha interpretación razoábel dun síntoma real, pero incorrecta. sen a única peza de información que cambiaría todo sobre como debería ser tratado.

O que adoecen frecuentemente é unha visita a un psiquiatra, ás veces co historial de GHB revelado e outras non; revelar esta información pode ser máis difícil que o propio síntoma, dada a estigma que esta sustancia ten, como xa se mencionou noutros lugares. Un psiquiatra que avalía o que parece ser unha ansiedade grave e directa, sen o contexto completo dunha recente abstinencia de GABA-B en curso, adoita estar facendo un xuizo clínico razoable ao prescribir unha benzodiazepina. Non é mala práctica, e a persoa non está necesariamente mentindo; está describindo algo realmente grave e obtendo unha resposta que coincide co que describiu, sen o contexto que podería ter cambiado a resposta. Este é o mesmo patrón que o Recovery Kernel identifica noutros contextos como "a abstinencia presentada como recaída": un síntoma post-agudo temporal e impulsado bioloxicamente trátase como unha condición crónica independente, e a medicación prescrita para a versión crónica non ten unha data de finalización natural, porque nada na consulta suxeriu que fose necesaria.

**⚠ ATENCIÓN**

O resultado é unha nova dependencia, moitas veces máis duradeira que a orixinal: un benzodiazepínico prescrito indefinidamente para o que realmente era un período de tempo limitado de recuperación neurolóxica tras o uso de GHB. Este non é un risco hipotético; é un patrón documentado e merece a mesma atención que a dependencia do GHB á que se refire esta guía, porque, farmacoloxicamente, é a mesma trampa nunha botella diferente.

O que realmente reduce este risco é revelar o historial recente de consumo de GHB e o cronograma de abstinencia a calquera psiquiatra ou médico que prescreva medicamentos, mesmo que sexa incómodo, porque iso cambia o que un médico informado recomendaría. Un médico que saiba que está ante unha recuperación da GABA-B despois do uso de GHB, e non dunha nova doenza de ansiedade primaria, pode ofrecer razoablemente unha solución a curto prazo e con duración claramente definida, cunha data de revisión establecida, como se

establece noutras seccións desta guía para calquera medicamento substituto. A frase exacta que se pode usar é: "Esta ansiedade comezou despois de deixar de consumir GHB fai aproximadamente un mes, e...". Entendo que o meu sistema nervioso pode estar aínda en proceso de recuperación debido a iso; por iso, gustaríame que calquera tratamento que probemos teñera unha data de revisión clara, en lugar de ser algo aberto indefinidamente. Esa única frase pode marcar a diferencia entre construír unha ponte real e caer nunha segunda dependencia vitalicia.

# Sección 9: O protocolo de recuperación (post-agudo).

**⚠ ATENCIÓN**

Esta sección comeza unha vez que o período de emerxencia médica aguda (Sección 0, as horas 12-72 da Sección 2) rematou e un médico confirmou a estabilidade médica. Non substitúe a Sección 8; é o que se fai despois.

## Nivel 1 — Base biolóxica (a partir do día 1 após a desintoxicación).

| Axuda. | Papel. |
|---|---|
| Glicinato de magnesio (400-600 mg, en doses divididas). | Soutén para os receptores GABA-A e calma xeral do sistema nervioso: fundamental, non opcional, desde o primeiro día. |
| P5P (vitamina B6 activa, 25-50 mg). | Factor cofactor para a conversión de glutamato a GABA (descarboxilase do glutamato) — directamente relevante dada a sobrecarga de glutamato nas primeiras fases da abstinencia (Sección 2). |
| 5-MTHF (400 mcg) | Soutén esencial para a metilación, especialmente importante dada a depleción de vitaminas do grupo B propia do GHB a través dos seus vías metabólicas. |
| L-teanina (200-400 mg, cando sexa necesario). | Modulación de GABA e glutamato non sedante para ondas de ansiedade, sen risco de dependencia. |

## Nivel 2: Apoio médico e psiquiátrico.

- Buspirona (agonista parcial do receptor de serotonina 1A non adictivo) para a ansiedade persistente após a desintoxicación: tarda de 2 a 4 semanas en facer efecto completo, é apropiado para a ansiedade prolongada desta recuperación e non presenta risco de dependencia como as benzodiazepinas.
- Ensaio de 5-MTHF antes de considerar o uso de ISRS para depresión en persoas con variante MTHFR: avaliar a resposta durante 4-8 semanas; os ISRS seguen sendo apropiados se está indicado clinicamente.

- A quetiapina en doses baixas (25-50 mg, por un tempo limitado) pode axudar a mellorar a estrutura do sono en casos de insomnio grave relacionado co uso de GHB cando a combinación de suplementos non é suficiente—non é a primeira opción, pero é unha alternativa real.

## Nivel 3: Regulación do sistema nervioso (semanas 1 a 12, a fase central da recuperación).

- Práctica de respiración consciente: diaria e imprescindible, dada a longa recuperación dos receptores GABA-B mencionada na Sección 3.
- A exposición ao frío e o ioga, ambos son directamente relevantes para aumentar os niveis naturais de GABA.
- A consistencia é máis importante que a intensidade. Segundo o cronograma da Sección 2, esta é unha fase central de 3 a 6 meses, non de 4 a 8 semanas. O que determina a gravidade dos síntomas de abstinencia prolongada (PAWS) é a práctica constante durante todo ese período, non unhas primeiras dúas semanas intensas.

### *Especificidades do exercicio: por que o cardio é máis importante aquí que en moitos outros guías.*

A abstinencia do GHB implica unha inestabilidade autonómica real (Sección 1, Sección 2): palpitacións, cambios na presión arterial, sudoración excesiva, e o exercicio cardiovascular é directamente relevante para recuperar o sistema subxacente, non só unha recomendación xeral de benestar.

| Tipo. | O que produce. | Frecuencia. |
|---|---|---|
| Aeróbico (correr, andar en bicicleta, nadar, camiñar rápido). | Endorfinas, serotonina, BDNF—e, específicamente relevante aquí, a normalización gradual do ton autónomo en repouso (variabilidade da frecuencia cardíaca, presión arterial basal) mentres o sistema cardiovascular se recupera da tormenta autonómica propia da abstinencia. | 3-5 sesións semanais. |
| Adestramento de forza. | Dopamina, testosterona, hormona do crecemento, BDNF: relevantes especialmente no contexto de uso atlético/culturismo na Sección 6, onde o efecto estimulante da hormona do crecemento do GHB era parte do atractivo orixinal e necesita un substituto auténtico. | 2-4 sesións semanais. |
| Ioga. | Activación parasimpática e redución directa da ansiedade: unha práctica que apoia o GABA por si mesma, non só como un complemento á respiración consciente. | 1-3 sesións semanais. |
| Camiñar diariamente. | A base imprescindible: fácil de acceder, realmente eficaz e adecuado mesmo nos | Diariamente. |

| Tipo. | O que produce. | Frecuencia. |
|---|---|---|
| | primeiros días de recuperación, cando a persoa está máis cansada. | |

**⚠ ATENCIÓN**

O tempo e a intensidade son importantes, especialmente nos primeiros días. O sobreentrenamiento nas primeiras semanas engade estrés fisiolóxico a un sistema que xa está sobrecarregado, en lugar de alivialo; comece con camiñadas e movementos suaves, avance cara ao programa completo durante os meses 1-3, e evite o exercicio intenso pola noite, xa que isto atrasa o inicio do sono nunha recuperación que xa está a loitar por unha boa calidade do sono (Sección 4).

### *Nutrición de apoio: máis aló dos catro suplementos básicos.*

Os catro suplementos da fase 1 son fundamentais, pero non representan toda a solución. O uso de GHB, especialmente o uso intensivo e crónico, altera o estado nutricional de forma ampla, e o sistema nervioso que realiza o traballo de reparación descrito ao longo deste guía necesita as materias primas necesarias para facelo.

- Unha ingesta de proteínas constante apoia a síntese de neurotransmisores en xeral, incluídos os sistemas GABA e dopaminérgico, e todo este proceso de recuperación depende diso.
- A regularidade nos horarios das comidas é tan importante como o contido da dieta na fase inicial de recuperación; as fluctuacións nos niveis de azucre no sangue poden agravar a ansiedade e a inestabilidade do ánimo que xa están presentes.
- A hidratación e o soporte de electrolitos abordan directamente os síntomas autonómicos/de sudoración que se describen na Sección 2 e na Sección 4.
- A reposición das vitaminas do grupo B, de forma ampla (e non só P5P e 5-MTHF), é relevante dada a propia depleción metabólica desta familia de vitaminas causada polo GHB. Un complexo vitamínico B de alta calidade, xunto cos produtos específicos da categoría 1, é unha adición razoable.

## Perder o interese na droga: reconstrución natural de GABA.

Todo o anterior xestiona os síntomas e reconstrúe a bioloxía. Esta parte trata de algo diferente: desexar menos, non só tolerar a súa ausencia. O GHB proporcionaba unha cousa específica: non un alivio parcial, senón un sistema nervioso que finalmente se detivería completamente. A premisa aquí é que este estado exacto é realmente accesible sen iso, a través dos propios sistemas do cerebro, e que unha versión reconstruída é máis sostible que a farmacolóxica, porque non regula á baixa como fixo o receptor do GHB.

| Método de activación natural. | Canto de efecto da GABA. | Notas específicas sobre a recuperación do GHB. |
|---|---|---|
| Técnicas de respiración con exhalación prolongada (4-7-8, respiración en caixa, respiración coherente). | Alto — activación directa do nervio vago/sistema parasimpático/receptores GABA. | A ferramenta natural de GABA máis importante deste guía completo. Isto non é unha metáfora: a respiración con exhalación prolongada aumenta mediblemente o ton do GABA e reduce o cortisol en poucos minutos. Practica diariamente ata que sexa tan automático como era o antigo esquema de dosificación. |
| Exposición a auga fría. | Alto — activación simpática seguida dunha calma sostida despois da resposta inicial de choque. | Ducha fría, de 30 a 90 segundos, aumentando gradualmente ata á auga completamente fría. Un equivalente analóxico e físico ao estado en que o sistema "finalmente se detén" que proporcionaba o GHB. |
| Exercicio aeróbico vigoroso. | Moderado-alto, con acumulación e consistencia. | Consulta a táboa da cardio de arriba; este é o mesmo exercicio que cumpre dobre función: axuda na recuperación cardiovascular e activa naturalmente a produción de GABA e endorfinas. |
| Música a 60-70 BPM. | Efeito de sincronización parasimpática moderado e medible. | Útil específicamente durante momentos de desexo e antes de durmir; de fácil acceso e inmediatamente dispoñible. |
| Unha práctica creativa ou de fluxo que esixía moito esforzo. | Moderada a alta, mediante un compromiso total e consciente en lugar de supresión química. | A absorción total nunha actividade desafiante é, mecanicamente, un estado GABA natural: a mente ansiosa silénciase a través do compromiso en lugar da forza. |

**SER OIDO**

Non se trata de forza de vontade, e tampouco é un premio de consolación por non ter máis a droga. O que o GHB facía desde fóra, un sistema recuperado pode realmente facer desde dentro — isto non é unha reinterpretación optimista, senón o mecanismo real que esta guía describe. O estado ao que buscas sempre foi un estado nervioso real e accesible. O GHB era só unha forma de chegar a el: unha forma rápida, perigosa e que debilita o sistema. Os métodos desta táboa chegan ao mesmo lugar a través dun sistema que se fortalece co uso en vez de debilitarse.

## Sección 10 — Reconocemento de emerxencia, reiterado.

**EMERGENCIA MÉDICA**

Dirixirse inmediatamente a un servizo de emerxencias para: calquera actividade convulsiva; confusión, desorientación ou alucinacións; axitación extrema con ritmo

cardíaco acelerado, presión arterial alta ou sudoración excesiva; empeoramento do tremor. Isto aplícase durante as primeiras 72 horas da abstinencia para calquera usuario dependente, e en calquera momento posterior se aparecen estes síntomas. Para ondas de ansiedade, dificultade para durmir e a desorientación descrita na Sección 4 sen ningún dos síntomas anteriores, estes son efectos esperados segundo o cronograma, e é apropiado contactar con un médico o mesmo día, pero non constitúen unha emerxencia que requira atención de urxencias.

## Sección 11 — Mapa de referencia cruzada do protocolo completo.

| Fase. | Protocolos. | Focus |
|---|---|---|
| Seguridade médica (días 0-7 para usuarios dependentes). | Servizos de emerxencia / desintoxicación hospitalaria — fóra do ámbito deste documento. | Prevención de convulsións, protocolo de baclofeno ou benzodiazepina, xestión da confusión (delirium), monitorización dos signos vitais. Esta guía, a partir da Sección 9 e seguintes, só comeza unha vez que esta fase está completada desde o punto de vista médico. |
| Base biolóxica (días 1 ao 14 após a desintoxicación). | Compendio de protocolos 07, 09, 17, 18. | Magnesio, vitamina B6, suplementación para a metilación, arquitectura do sono, nutrición, reparación intestinal: condicións necesarias para a recuperación do sistema GABA-B, non son complementos opcionais. |
| Mapeamento xenómico (semanas 1-4) | Compendio Sección 15, Protocolo 11 | A análise do xene GABRA2 é especialmente importante, xa que representa o achado xenómico máis relevante para explicar a gravidade da dependencia, a severidade da abstinencia e a severidade dos síntomas de abstinencia prolongada (PAWS). |
| Restauración do GABA (semanas 1 a 12, a fase central). | Compendio de protocolos 04, protocolo 01: interrupción da ansia. | Técnicas de respiración, exposición ao frío, ioga, suplementos de magnesio, xestión da ansiedade, arquitectura do sono: realmente de 3 a 6 meses, non o prazo de 4 a 8 semanas da maioría doutras substancias desta biblioteca. |
| Arquitectura comportamental e ambiental (semanas 2 a 12). | Protocolo Compendio 02, 05, 08, 13. | Eliminación de estímulos, prevención da transferencia da adicción, redeseño da estrutura social: os estímulos ambientais no contexto do chemsex (lugares, aplicacións, redes sociais) están entre os ambientes máis potentes que desencadean desexos; o redeseño do entorno dixital é tan importante como o físico. |

| Fase. | Protocolos. | Focus |
|---|---|---|
| Recuperación do chemsex, se aplicable (meses 1 a 12). | Compendio de protocolos 35S, protocolos de saúde sexual. | Probas de detección e prevención do VIH/IST, saúde sexual na recuperación, creación de comunidade LGBTQ+ sobria: consulta a Sección 6 arriba. |
| Identidade e significado (meses 2 a 12). | Compendio de protocolos 20, 21, 23, C-28. | Quen se es cando un horario de administración cada 2-3 horas xa non é a estrutura organizativa do teu día, abordando directamente a desorientación temporal/de identidade mencionada na Sección 4. |
| O xogo a longo prazo (máis de 6-18 meses). | Compendio de protocolos 24, 25, C-28, C-31. | Arquitectura con propósito e un sistema GABA natural totalmente operativo; segundo a Sección 3, unha transformación auténtica que debe construírse, non simplemente esperarse. |

# Sección 12 — Clausura.

**REFUXIO**

Esta é a abstinencia máis difícil de toda esta serie, e o tempo de recuperación é o máis longo: máis dun ano para unha recuperación substancial, non semanas. Isto non pretende desanimar. Pretende asegurarse de que a duración do proceso non se confunda, seis meses despois, coa idea de que o camiño non leva a ningún lado. Un sistema nervioso que delegou a súa propia regulación nunha sustancia cada dous ou tres horas é capaz de retomar esa regulación por si mesmo. Simplemente require o tempo que a bioloxía realmente necesita, non o tempo que alguén desexa que leve.

---

**FIN DO GUÍA — PROTOCOLO DE INTERRUPCIÓN: GHB / GBL / 1,4-BD.**

*Recurso de redución de danos — Non é un consello médico — Non substitúe a atención de emerxencia.*

Crisis Resources: 988 (Suicide & Crisis Lifeline, call or text) | Crisis Text: HOME to 741741 | SAMHSA: 1-800-662-4357